Vom Abort zur Frühgeburt – untere Grenze der Lebensfähigkeit

Zwischen Lebenserhaltung und Groningen-Protokoll

Zwei Jahre nach Neuauflage der AWMF-Leitlinie 024-019 „Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes“ erscheint es angebracht, einige Aspekte aus der Praxis heraus zu verdeutlichen und sie gleichzeitig auf dem Hintergrund anderer europäischer Vorstellungen zu beleuchten. Angesichts der Brisanz, aber auch der Dynamik der Thematik handelt es sich um ein komplexes Unterfangen, das auf dem Mut der Autoren aufbaut, die Grenzen einzelner Entscheidungen extensiv und engagiert zu diskutieren. Dabei wurde bewusst auf die Darstellung einer „unité de doctrine“ verzichtet.

► Auf die Darstellung einer „unité de doctrine“ wird bewusst verzichtet

Babett Ramsauer nimmt auf Basis ihrer alltäglichen Entscheidungen in einem Level-I-Perinatalzentrum, d. h. aus der klinischen Praxis heraus, Stellung zur Frage: „Welche geburtshilflichen Kriterien sind im unteren Bereich der Lebensfähigkeit von Bedeutung?“ Sehr viele praktische Aspekte des Umgangs im Grenzbereich zwischen Überleben und Tod charakterisieren diesen Beitrag.

Joachim W. Dudenhausen ergänzt die praktischen Hinweise durch seinen Beitrag „Indikationen zur Schnittentbindung an der Grenze der Lebensfähigkeit“. In den Vordergrund der Entscheidung gestellt wird hier insbesondere der Aspekt der Prognose des Kindes – ein diffiziles

Kriterium, doch möglicherweise das einzig tragfähige.

Roland Hentschel nimmt in seinem Artikel Stellung zum Thema „Elternberatung und Praxis der Erstversorgung vor dem Hintergrund der deutschsprachigen Leitlinien“. Er weist darauf hin, dass die deutschsprachigen Nachbarländer Schweiz, Österreich und Deutschland keine kongruenten Regeln gefunden haben – dies trotz eines geöffneten Marktes für Ärzte. Unterschiedliche Grundauffassungen in Bezug auf ärztlichen Autoritarismus und Pragmatismus schimmern hier durch, die sicherlich nicht nur historisch begründbar sind.

Birgit Arabin und *Lars Hellmeyer* wagen in ihrem Beitrag einen Blick durch Europas Praxis im Umgang mit der Grenze der Lebensfähigkeit „Unterschiede der Behandlungsgrenzen in Mitteleuropa“. Sie zeigen, dass trotz gemeinsamer historischer und philosophischer Wurzeln und vergleichbarer medizinischer Möglichkeiten aktive Lebenserhaltung, passives Unterlassen von Wiederbelebung, aber auch aktive Lebensbeendigung durch pränatalen Fetozyd oder peri- bzw. postnatale Euthanasie in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich praktiziert werden. Sie stellen Vielfalt und Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Wege dar und versuchen dabei aufzuzeigen, wie extreme Standpunkte zu vermeiden sind.

Claudia Roll nimmt abschließend noch einmal aus der Perspektive der engagier-

ten Neonatologin bzw. Perinatalmedizinerin Stellung zu wichtigen interpersonellen Aspekten der „Entscheidungsfindung bei Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit“. Wie im ersten Artikel von *Babett Ramsauer* treten hier – jenseits von Leitlinien – praktische Aspekte aus der realen Beratungssituation in den Vordergrund.

► Unsere Aufgabe als Ärzte ist es, uns eher zurückzunehmen, um Begleiter und Helfer zu sein

In der alltäglichen Praxis des 21. Jahrhunderts spielen die Lebenswelt der Betroffenen und ihre von Aufklärung und Beratung abhängige Selbstbestimmung eine entscheidende Rolle. Sie zeigt, dass es unsere Aufgabe als Ärzte ist, uns eher zurückzunehmen und nicht so sehr Täter, sondern Begleiter und Helfer zu sein.

Prof. Dr. K. Vetter

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. K. Vetter
 Klinik für Geburtsmedizin, Perinatalzentrum,
 Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin
 Rudower Str. 48, 12351 Berlin
 klaus.vetter@vivantes.de